CATEDRA DE PSICOFARMACOLOGIA DE LA FACULTAD DE
PSICOLOGIA DE LA UBA

CUADROS NEUROPSIQUIATRICOS MAS FRECUENTES EN LA VEJEZ-TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

AUTORA: SONIA KODYSZ

Las patologías mentales más frecuentes en los pacientes Adultos Mayores (a partir de 65 años) son: los Trastornos Afectivos, Trastornos de Ansiedad, Demencias, Abuso de Sustancias, Psicosis tanto Tardías (aparecen en la vejez) como Tempranas (enfermedades mentales crónicas desarrolladas en la juventud o adultez) , Trastornos del Sueño y Delirium.

Los trastornos neuropsiquiatricos en ancianos suelen convivir con enfermedades médicas, problemas socioeconómicos y familiares, diagnosticándose como patología mental compleja.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Afecta en el 2013 al 7% de los AM, según la OMS. De las depresiones en el AM tenemos las de Inicio Tardío con predominio de patología orgánica y las de Inicio Temprano, antes o después de los 65 años el primer episodio. Los pacientes de comienzo tardío hay que evaluarlos neurológica y clínicamente para ver etiología de síntomas depresivos. Dentro de las causas físicas puede haber: Patología tiroidea y paratiroidea, Demencias Vasculares, Enfermedad de Parkinson, ACV y otras enfermedades neurológicas, Enfermedad cardiovascular, CA de colon, páncreas, renal. Enfermedad Sistémica, HIV, Sífilis, Déficit B12 y/o Ac Fólico, Hipovitaminosis D, Hiponatremia, Epoc, pérdida de visión, pérdida de audición. También hay depresiones asociadas a polifarmacia. Entre ellos: Betabloqueantes, Antihistamínicos, Antihipertensivos, Corticoides, Antiinflamatorios, etcétera. Los factores de Riesgo son: Edad, Género femenino, Historia familiar o Personal de Depresión. Perdida de Familiar, padecer Enfermedades Crónicas, Perdida de

soporte social o económico, Discapacidad, Perdida de Roles, Maltrato Familiar, que puede ser como consecuencia de la historia familiar previa.

La Hipertensión, ACV, leves síntomas depresivos, son factores de riesgo de Depresión Mayor en Adultos Mayores.

Los síntomas de la Depresión en AM son: enlentecimiento psicomotor, quejas mnésicas, equivalentes somáticos, insomnio, aislamiento (se alejan de actividades sociales), disminución de peso, tristeza, dolor físico. Los AM con depresión pueden presentar síntomas cognitivos: alteraciones planificación, memoria de reconocimiento, en la fluidez verbal y el mantenimiento y el cambio de la atención, teniendo que hacer diagnóstico diferencial con Demencias. Si la depresión es de características melancólicas hay tristeza profunda, puede haber ideas suicidas y empeoramiento matinal. Hay síntomas comunes en la depresión en viejos y en patología somática: cansancio, alteraciones del sueño, inapetencia pérdida de peso, dolor, temblores, pérdida de energía, deseos de morir.

BIPOLARIDAD EN LA VEJEZ

Hay BP de inicio temprano o juvenil y BP de inicio tardío, mayores de 50 años.

La BP de inicio tardío está relacionada muchas veces con enfermedades médicas, principalmente neurológicas. Los episodios maniacos son moderados y tienen menor carga genética familiar. Tienen ideas delirantes que hay que diferenciar de la depresión o demencia. Pueden presentar trastornos cognitivos especialmente alteraciones de la atención e impulsividad. La manía puede ser secundaria a: demencias, Parkinson, tumores, afecciones tiroideas, diabetes, enfermedad coronaria, neoplasias, alcoholismo también por abuso de sustancias y por fármacos: corticoides, agonistas dopaminérgicos, antidepresivos, anfetaminas. Los pacientes con BP tardío tienen mayor riesgo de evolucionar a procesos demenciales.

DETERIORO COGNITIVO LEVE (DLC)

El primero en usar el término deterioro cognitivo leve fue Flicker, en 1991. Definido como un cuadro de pérdida reciente de memoria más allá de lo esperable por la edad del paciente y por sus años de educación.

La GDS y CDR (Clínica Dementia Rating de Hughes) son escalas de clasificación de deterioro cognitivo. No son de diagnósticos clínicos específicos. El CDR estadio de 0,5 indica predemencia, CDR de 1 demencia leve, 2 moderada y 3 severa.

El estadio 0,5: tiene que ver con olvidos leves, recuerdo parcial de eventos, olvidos benignos.

La Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg habla de 7 niveles. El GDS2 corresponde a disminución cognitivo muy leve. GDS3 corresponde al Deterioro cognitivo leve. Con primeros defectos claros.

El Deterioro Cognitivo Leve es un estado transicional entre el envejecimiento normal y la demencia muy temprana. (Peterson et al 1999). Hay alteraciones de la memoria corroborados por un familiar. Otros dominios normales. Actividades preservadas de la vida diaria.

En 2003 hay una revisión Winblad et al. Criterios Grupo Internacional de DCL: El individuo no es cognitivamente normal ni presenta demencia. Hay deterioro cognitivo progresivo., lo refiere el paciente o informador. Trastornos del sueño.

Sumado a alteraciones objetivas de tareas cognitivas Es objetivado en exploraciones cognitivas. Actividades cotidianas básicas preservadas. Funciones Instrumentales complejas con mínima alteración o sin ella. Surgen tipos de DCL Hay un DCL amnésico: Las personas tienen más alteraciones de la memoria que la gente de su edad, pero no llegan a tener enfermedad de Alzheimer. Llevan a cabo sus actividades diarias en forma normal

DCL multidominio: asociado a un trastorno de memoria alteraciones sutiles en otras áreas, como ejecutiva o del lenguaje.

DCL no amnésico: alteraciones en otras áreas cognitivas, no en la memoria

DCL no amnésico multidominio.

Hay 5 dominios: memoria, aprendizaje, lengua, ejecutivo-visoespacial, psicomotor.

Hay factores de riesgo que inciden en el pasaje de envejecimiento normal al DCL: edad avanzada, antecedentes Familiares de demencia, sexo femenino, baja escolarización, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, elevada homocisteína, enfermedad cerebrovascular, índice de masa corporal, riesgo de enfermedad cardiovascular, traumatismos de cráneo, depresión y ansiedad, polifarmacia,

factores genéticos como alelo e4e6 de la Apo E en cromosoma19, factores ambientales

Es diferente el DCL de la Demencia Leve.

Clasificación del DSM V de Trastornos Neurocognitivos (TNC)

Los TNC engloba aquellos donde el déficit clínico principal, o sea sus características esenciales son cognitivas, ya que estos trastornos están en muchos, o todos los trastornos mentales. Esta disfunción no ha estado presente desde el nacimiento o infancia temprana, por eso hubo un declive desde un nivel de funcionamiento adquirido previamente. La Demencia se incluye en el DSMV como Trastorno Neurocognitivo Mayor, aunque el termino no queda excluido cuando el uso del término es habitual. Este manual también nombra al Trastorno Neurocognitivo Leve, que es un nivel de disfunción cognitiva menos leve. También hay criterios diagnósticos de distintos subtipos etiológicos ejemplo: TNC debido a enfermedad de Alzheimer o TNC vascular.

Este manual incluye 6 Dominios Cognitivos Atención compleja, Función Ejecutiva, Aprendizaje y Memoria, Lenguaje, Habilidades perceptuales motoras y Reconocimiento social

Delirium

Es una alteración de la atención (capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y /o la conciencia (orientación reducida al entorno y a veces con relación a si mismo) acompañada de un cambio cognitivo con respecto a la situación basal. Puede haber una alteración cognitiva adicional como déficit de la memoria, orientación, lenguaje, capacidad visoespacial o de la percepción (alucinación). También hay ideas delirantes. La alteración aparece en poco tiempo y la gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día, empeora por las tardes y noches. Es frecuente que se asocia a alteraciones del ciclo sueño-vigilia, con somnolencia diurna e insomnio o agitación nocturna. También puede haber alteraciones emocionales como ansiedad, irritabilidad, depresión o cambios rápidos e impredecibles de un estado a otro.

Siempre hay que descartar alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso. En la anamnesis, exploración física o análisis clínicos se obtienen datos

que confirman que la alteración es consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, intoxicación o abstinencia de sustancia, o se debe a múltiples causas.

Siempre descartar infección urinaria y neumonía como causa de cuadro confusional en AM, ya que siendo este el motivo, tratando el origen mejora la sintomatología del cuadro. Trastornos Neurocognitivos Mayores

El TNC mayor se corresponde con la afección que el DSMIV llama Demencia que se mantiene como nomenclatura alternativa en el V. Se evidencia un declive cognitivo significativo comparado siempre con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos basado en la preocupación del propio individuo, en un informante familiar o no familiar o en otros médicos. El deterioro sustancial del rendimiento cognitivo está documentado, según refiere el DSM V por una evaluación neurocognitiva, o por otra evaluación clínica cuantitativa. Está comprometida la autonomía del individuo en sus actividades cotidianas, puede necesitar por lo menos ayuda en las actividades instrumentales complejas como manejar plata, pagar facturas o tomar la medicación. En los casos Moderados, necesitan ayuda en las actividades básicas cotidianas (comer, vestirse) y en los pacientes con Trastorno Neurocognitivo Graves son totalmente dependientes. Y esto no ocurre sólo durante el delirium. Puede ser debido a distintas etiologías: Enfermedad de Alzheimer Degeneración de lóbulo Frontotemporal, Enfermedad por cuerpos de Lewy, Enfermedad vascular, Traumatismo cerebral, Consumo de sustancias o medicamentos, Infección por HIV, Enfermedad de Huntington, Traumatismo cerebral, otras etiologías médicas.

También es importante especificar si hay o no hay alteraciones del comportamiento.

Las alteraciones del Comportamiento son: síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía, etc.

El inicio de la Enfermedad De Alzheimer y Enfermedad degenerativa del lóbulo Frontotemporal es insidioso y progresión gradual. El inicio de los déficits cognitivos en los Trastornos NCV Vascular Mayor o Leve presenta relación temporal con uno o más episodios cerebrovasculares

Trastornos Neurocognitivos Leves

Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos, con deterioro moderado del rendimiento cognitivo., documentado por test neurocognitivo estandarizado. Preocupación en el propio individuo o informante o el medico clínico por el declive significativo de una función cognitiva. En los trastornos Leves, los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas, solo requieren de más esfuerzo o recurrir a estrategias compensatorias.

Tienen las mismas etiologías que el trastorno neurocognitivo mayor.

En relación a lo Comportamental: las características psicóticas son comunes en los TNC, fases leves y moderadas de Alzheimer, enfermedad degenerativa Frontotemporal y por cuerpos de Lewy. La temática persecutoria delirante es común, también las alucinaciones visuales. Alteraciones del ánimo, depresión, euforia y ansiedad pueden aparecer, es común la depresión en TNC leves en Alzheimer y Parkinson y TNC de origen vascular. La euforia es más común en la degeneración del lóbulo FT. En las fases iniciales del TNC Leves son comunes los síntomas del estado de ánimo.

La agitación se observa en TNC Mayor de gravedad moderada a grave. La agitación es una actividad motora o verbal que perturba al paciente y su familia. También hay alteraciones del sueño frecuentemente.

La apatía es común en el TNC leve y mayor. La apatía es la falta de motivación. Se encuentra frecuentemente en Alzheimer y Degeneración del lóbulo FT. Otros síntomas son la Deambulacion sin objetivo. Desinhibición, hiperfagia y acumulacion, son otras alteraciones del comportamentales

Enfermedad de Alzheimer, según DSMV

Enfermedad neurodegenerativa. La edad es factor de riesgo, susceptibilidad genética relacionada con la apolipoproteinaE4. El inicio de la Enfermedad de Alzheimer es insidioso y progresión gradual de síntomas cognitivos y comportamentales. Tienen que estar afectados por lo menos dos dominios

Evidencias claras del declive de Memoria y Aprendizaje (Presentación Amnésica) que aparece en forma temprana y por lo menos otro dominio cognitivo, en el trastorno neurocognitivo mayor. Declive progresivo, gradual y constante sin mesetas prolongadas.

En el trastorno NCG leve en Enfermedad de Alzheimer es cuando hay declive de memoria y aprendizaje, sin que este afectado otro dominio.

La cognición social suele estar preservada hasta etapas avanzadas de la enfermedad. El 80% en la forma Mayor tiene síntomas conductuales y psicológicos. En la forma Leve y en el nivel de gravedad más leve del Mayor suele haber apatía o depresión. En el nivel Moderado del Mayor, suele haber síntomas psicóticos, irritabilidad, agitación, agresividad y deambulación sin destino. En la fase avanzada de la enfermedad suele haber alteraciones de la marcha, disfagia, incontinencia, mioclonías y convulsiones.

Los marcadores diagnósticos son: atrofia cortical, las placas neuríticas amiloides, ovillos neurofibrilares de proteínas Tau, que son confirmados post-mortem por estudio histopatológico. En Alzheimer de inicio temprano, intervienen factores genéticos, mutación de la proteína precursora del amiloide, la presenilina (PSEN1) o presenilina2 (PSEN2). Estos biomarcadores no están validados.

TNC Vascular

Es la segunda Demencia por su frecuencia. El 13 % en Estados Unidos a los 70 y 44,5% a los 90 años o más.

Hay antecedentes de Ictus en relación temporal con el comienzo del cuadro cognitivo. La presencia de infartos o hiperintensidades en sustancia blanca explican el cuadro clínico. Es importante el diagnóstico por neuroimagen donde aparece la lesión parenquimatosa significativa atribuida a enfermedad cerebrovascular. Puede ser enfermedad de grandes vasos o enfermedad microvascular(subcortical). Puede haber uno o múltiples infartos o hemorragias. Pueden tener múltiples infartos con un declive cognitivo agudo y escalonado o fluctuante, alternando con periodos intermedios de estabilidad. Cuando es patología de los pequeños vasos puede ser de inicio gradual y lenta, con daño en sustancia blanca, tálamo o ganglios basales. Cuando está acompañado de

episodios agudos que interrumpen esa gradualidad puede tener que ver con circuitos cortico- subcorticales, alterando la atención compleja y la función ejecutiva.

Es notable el declive de la atención compleja y de la función ejecutiva.

Es frecuente el cambio de ánimo, abulia, depresión y labilidad emocional. Puede haber lentitud psicomotora.

Hay alta comorbilidad con Enfermedad de Alzheimer (Demencias Mixtas) y también con Depresión.

TNC Frontotemporal

Es el 5% de las Demencias. Comienzo insidioso y progresión gradual y progresiva, pero más rápido que en el Alzheimer. Puede comenzar en la quinta década. Hay alteraciones del comportamiento y la Personalidad: Desinhibición del comportamiento, apatía, pérdida de empatía, comportamiento estereotipado o ritualista o compulsivo, hiperrealidad o cambios dietéticos, acumulación. Pueden tener comportamientos inapropiados y desinhibidos, pérdida del cuidado personal, deambulación, gastos económicos descontrolados. Hay que hacer diagnóstico diferencial con Trastorno Bipolar.

Hay declive de la cognición social, pérdida de interés por las relaciones sociales o capacidades ejecutivas, hay falta de planificación. Distrabilidad Junto al Comportamiento el Lenguaje está afectado, hay una variante del Lenguaje: Declive importante de la habilidad para usar el lenguaje. La variante lingüística de este trastorno origina una afasia progresiva gradual.

Muchas veces que comienzan con síntomas conductuales, hay que hacer diagnóstico diferencial con cuadros psiquiátricos. Genera problemas en la familia, trabajo y también legales. (edad de inicio temprana)

La memoria y aprendizaje esta poco afectado.

Este trastorno es de inicio temprano, antes de los 65 años.

La Resonancia y Tomografía pueden mostrar atrofia característica, tanto en lóbulos frontales como temporales, generalmente más afectado el lado izquierdo. En neuroimágenes funcionales se ve hipoperfusión o hipometabolismo cortical en regiones afectadas.

Trastorno NCG con cuerpos de Lewy

Representan entre el 1,7 y el 3,5 % de todas las demencias. Comienzo insidioso y progresión gradual. Características diagnósticas esenciales: Cognición fluctuante del estado de alerta, con cambios pronunciados tempranos de la atención compleja y función ejecutiva. Alucinaciones visuales recurrentes y detalladas. También otro tipo de alucinaciones son frecuentes Parkinsonismo de inicio posterior al menos un año al declive cognitivo. Dentro de las características sugestivas del DSMV, trastorno del comportamiento del sueño REM y sensibilidad neuroléptica grave, por eso hay que tener mucho cuidado al utilizar psicofármacos. Puede haber depresión o delirio.

Puede haber caídas repetidas, sincopes y alteraciones del sistema nervioso autónomo como hipotensión ortostática o incontinencia urinaria.

Se diferencia de Deterioro Cognitivo por Parkinson porque el deterioro neurocognitivo es anterior al motor, siendo en la Enfermedad de Parkinson previa la alteración motora.

TRATAMIENTOS

LA Atención de la Salud Mental del Anciano es Interdisciplinaria.

El Equipo profesional está integrado por Psicogeriatra (Psiquiatra, Neurólogo o Geriatra), Psiconeurologo, Médico especialista en Clínica Médica, Psicólogo especialista en AM, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo y Kinesiólogo.

Los tratamientos pueden ser Farmacológicos o No Farmacológicos

Dentro de los Farmacológicos, es necesario hacer una historia clínica completa del AM y Diagnóstico antes de indicar medicación: 1-psicofarmacológica, 2- anticonvulsivantes 3- Inhibidores de la acetilcolinesterasa o anticolinesterásicos, y/o 4-Antagonistas de los receptores NMDA.

Los tratamientos no Farmacológicos tienen que ver con la Psicoterapia individual/Familiar, con la Rehabilitación, Estimulación Neurocognitiva, Actividades de la vida diaria y Esparcimiento, Psicomotricidad, Arteterapia, Musicoterapia, Equilibrio, Nutrición y Deglución. Estimulación olfatoria.

Psicofarmacología y Pacientes Añosos

La prescripción de psicofármacos en pacientes AM tiene mayor riesgo. Los efectos adversos tienen más probabilidad y severidad que en los pacientes A. La polifarmacia que genera mayor número de interacciones y a la Pluripatología complica la respuesta a los psicofármacos.

Los pacientes añosos tienen niveles más bajos de proteínas en sangre, quedando debido a esto más droga libre y siendo más sensibles a los efectos adversos. La función hepática y renal más lenta cambia la farmacocinética. Sumado a eso si el paciente tiene insuficiencia renal o hepática hay que tener muy en cuenta riesgo/beneficio, ya que la intoxicación es un riesgo a tener en cuenta. Es muy importante dar dosis bajas, menos a los mayores de 70 o mayores de 60 con patología médica.

Entre los efectos adversos, tener en cuenta la Hipotensión ortostática, Efectos por bloqueo colinérgicos, cuadros de confusión o ataxia y úlceras de decúbito por prolongado período de sedación, Hiponatremia, caídas y fracturas, etc.

Siempre interrogar si el paciente está anticoagulado, ya que es frecuente en esta franja etaria y varios psicofármacos favorecen tanto la hiponatremia como las hemorragias.

La Prolongación del Intervalo QT, del ECG, puede generar Trastorno de Punta del miocardio. Este puede autolimitarse o resultar en muerte súbita. Se asocia con mareos, síncope o convulsiones, siendo fatal en 20% de los casos. El trastorno de Punta es más frecuente en mayores de 65 años, mujeres, con antecedentes de patología cardíaca, alteraciones electrolíticas y uso de medicación que prolonga el intervalo QT. Desde la farmacocinética, la inhibición metabólica de una droga que puede prolongar el QT aumenta el riesgo. Desde la farmacodinamia, combinar dos drogas que tienden a prolongar el intervalo aumenta el riesgo de alterar el QT y de Torsión de Punta. Esto último tenerlo en cuenta en las interacciones de psicofármacos o anticonvulsivantes con drogas para el tratamiento de COVID19.

Antidepresivos

Los IRRS, principalmente sertralina, citalopram y escitalopram, son los antidepresivos de primera elección en Depresión en Adultos Mayores.

Los IRSS pueden provocar a esta edad con más frecuencia el Síndrome de Secreción inadecuada de Hormona Antidiurética (SIADH).

. Siempre tener en cuenta la hiponatremia, ya que es un efecto adverso frecuente en pacientes AM medicados con IRSS (0,5-32%), siendo la edad, el sexo femenino, el bajo peso corporal, antecedentes de patología cardíaca y toma de diuréticos, factores de riesgo de Hiponatremia. Se cree que cuando es causada por los IRSS es secundaria a la secreción inadecuada de hormona antidiurética. Los IRSS también están contraindicados en pacientes anticoagulados, debido al riesgo de provocar hemorragias.

Antidepresivos Duales:

Los antidepresivos duales como la venlafaxina y desvenlafaxina son indicados en depresión mayor, salvo si el paciente es hipertenso o anticoagulado,

La mirtazapina, de acción sedativa, e inductor del sueño, aumenta de peso. Es indicado en pacientes AM deprimidos con insomnio y bajo peso. También se puede combinar la mirtazapina con venlafaxina potenciando el efecto antidepresivo y agregando el sedativo.

La duloxetina, es un antidepresivo que además de su acción antidepresiva actúa sobre el dolor neuropático, disminuyendo su intensidad.

Antidepresivos Tricíclicos : No se utilizan en pacientes AM con patología cardíaca, adenoma de próstata, glaucoma de ángulo estrecho.

Otros:

El bupropion, es también bien tolerado para el tratamiento de la depresión en AM ya que los activa, es desinhibitorio..

El Trazodone, es un antidepresivo que se usa por su efecto antidepresivo y principalmente hipnótico.

Las drogas que actúan sobre receptores anticolinérgicas aumentan la probabilidad de generar delirium, cuadros confusionales.

Ansiolíticos/ Hipnóticos

Las Benzodiazepinas en AM, generan con más frecuencia efectos adversos como aumento del número de caídas, alteraciones cognitivas (memoria, atención) problemas para conducir automóviles y abuso y dependencia frecuentemente.

El lorazepam es la BZD más recomendada en esta franja etaria. Ya que su metabolismo hepático es más sencillo. Es más fácil que puedan acumularse niveles más altos de bzd en sangre por tener metabolismo más lento, generando intoxicación.

El zolpidem es el hipnótico más recomendado en estos pacientes. No se debe abusar de esta droga, puede provocar o exacerbar la apnea del sueño.

El Trazodone es un buen hipnótico usado en dosis bajas, por el riesgo a provocar hipotensión ortostática. Tomarlo siempre antes a la noche. No genera dependencia y tiene buena tolerabilidad.

La Pregabalina o Gabapentin a bajas dosis están indicados como ansiolíticos en pacientes añosos

Estabilizadores del Humor

El Carbonato de Litio, metal, antimaniaco, para tratamiento de mania aguda, profilaxis bipolar y prevención de depresión recurrente., no tiene metabolismo hepático, es una medicación que hay que tener recaudos antes de indicarla a un AM, aún más que en pacientes A. Ya que hay que pedir estudios cardiacos, renales, tiroideos, y averiguar bien enfermedades médicas y fármacos que toman, debido a las interacciones (diuréticos tiazídicos, antiinflamatorios no esteroideos, antihipertensivos, etcétera)

Además, teniendo en cuenta la farmacocinética más lenta en pacientes añosos, y la cercanía entre el rango terapéutico y el toxico, es necesario un control de los niveles de Litio en sangre (litemias) muy estrictos. Las dosis a mayores de 60 son de 300mg/día, y 150 mg en mayores de 70 años.

El valproato de Na o Mg puede ser bien tolerado a bajas dosis.

La carbamacepina se usa poco debido a que el divalproato de Na O Mg es mejor tolerado. Además tiene riesgo de hemorragias en pacientes anticoagulados.

El Gabapentin es bien tolerado también, no tiene metabolismo hepático, se tiene que evaluar función renal antes de indicarlo, se usa como coadyuvante en trastornos bipolares. o para ansiedad o agitación igual que la Pregabalina..

Antipsicóticos

Los pacientes AM con esquizofrenia temprana en general continúan con altas dosis de antipsicóticos ya que tienen tolerancia, a diferencia de los pacientes añosos que tienen síntomas psicóticos por primera vez en esta etapa de la vida, donde están indicadas dosis bajas de antipsicóticos atípicos. Es necesario autorización de cardiólogo para tomar esta medicación, ya que puede prolongar el intervalo QT.

Quetiapina, risperidona, olanzapina y aripiprazol son alternativas, teniendo en cuenta que los efectos adversos de origen anticolinérgicos de la clozapina y olanzapina no son tolerados.

Los efectos adversos son más frecuentes en los AM. La hipotensión ortostática, confusión mental, constipación, disquinesias son más favorables a desarrollar parkinsonismos, más que los pacientes jóvenes.

El antipsicótico de primera línea indicado en el Delirium es el Haloperidol (APA, guideline2016)

El uso de antipsicóticos en pacientes con demencia está asociado a un aumento de mortalidad, riesgo de 1,7% mayor con antipsicóticos. La FDA, describe el riesgo que generan los antipsicóticos cuando son usados en tratamientos de demencia, incrementando número de Accidente Cerebro Vascular 1,3% con olanzapina en relación a 0,4% con placebo. Con risperidona 4% en relación 2 % placebo. Es importante evaluar el Riesgo/Beneficio.

La Practice Guideline APA 2016 advierte sobre el uso de dosis bajas y breve tiempo de antipsicóticos en AM

Tratamiento farmacológico de la Demencia

Los Farmacos para tratar esta patología son del grupo inhibidor de la acetilcolinesterasa como el donepecilo, la galantamina o la rivastigmina o los antagonistas de los NMDA como memantina.

El mejor abordaje en los Trastornos Neurocognitivo Mayor y Leves es cuando se hace diagnóstico precoz. Es importante diferenciar cuadros de pseudodemencia secundarias a veces de origen afectivo, ya que la Depresión Mayor y Trastorno Bipolar generan con frecuencia deterioros Neurocognitivos y también pueden agravar la patología neurológica preexistente. (Depresión Vascolar).

La droga más prescrita para el tratamiento de Alzheimer, demencia vascular y demencia por cuerpos de Lewy es el donepecilo. Su indicación es en demencias leves a moderadas principalmente. El donepecilo es una droga que pertenece al grupo de los Inhibidores de la Acetilcolinesterasa. Solo se da con autorización del médico cardiólogo. Es bien tolerado a dosis bajas. Aumentando esta pueden aparecer efectos adversos como náuseas, diarrea, insomnio, fatiga, y anorexia. Es usado también en pacientes con demencia como antidepresivo.

La Galantamina es un inhibidor selectivo competitivo y reversible de la acetilcolina y estimula la acción de esta enzima sobre receptores nicotínicos. Se indica en TNC leves a moderados. Debido a que puede tener efectos vagotónicos sobre la FC (bradicardia) requiere autorización del cardiólogo. Puede generar pérdida de peso, vómitos, dolor en epigastrio, diarrea.

La Rivastigmina es otro Inhibidor de la Acetilcolinesterasa, es seguro en cuanto al metabolismo hepático, produce menos efectos gastrointestinales que el donepecilo. La forma transdérmica, (parches) es generalmente mejor tolerada que por la vía oral.

En 2003 fue la primera droga aprobada. Memantina, como droga para el tratamiento de la Demencia Moderada y Severa. Modera al N-metil-D-Aspartato (NMDA) es antagonista, disminuye el Ca intraneuronal bloqueando los receptores NMDA, disminuyendo los efectos neurodegenerativos provocados por el bajo nivel de glutamato. Ese se puede adicionar a los pacientes que están medicados con Donepecilo. La droga fue demostrada que mejora la cognición en demencias moderadas más que el placebo. Sus efectos adversos más frecuentes son cefaleas, vértigo o mareos, confusión o alucinaciones. No es un potente inhibidor de las enzimas hepáticas y son pocas las interacciones con otras drogas, si es necesario buen funcionamiento renal y que el paciente no tenga infecciones

urinarias que alcaliniza el PH de la orina. No puede haber PH mayor de 8 en orina, ya que disminuye el clearance y aumenta niveles de la droga incrementando efectos adversos.

Si el TNC se acompaña de síntomas conductuales, se indican psicofármacos. En la Agitación y/o los síntomas psicóticos en demencias está indicado bajas dosis de antipsicóticos atípicos y breve lapso de tiempo. La American Psychiatric Association, en la Practice Guideline on the Use of Antipsychiatrics to Treat Agitation or Psychosis in Patients with Dementia , Mayo 2016 refieren que los antipsicóticos en pacientes con demencias son usados solamente para tratamiento de agitación o psicosis, o sea, sólo cuando sus síntomas son severos.

Recomendando tener en cuenta la respuesta clínica de los pacientes a los Tratamientos NO Farmacológicos. Evaluar Riesgo/Beneficios de la Medicación. Iniciar con dosis bajas, la mínima dosis efectiva. Si no hay respuesta en 4 semanas al antipsicótico con dosis y droga adecuada hay que retirarlo. Si hay respuesta positiva, se indica luego de la remisión signo sintomatológica retirar dentro de los cuatro meses luego de iniciado el tratamiento.

Las benzodiazepinas están contraindicadas en AM por el efecto paradójal, que es más frecuente en AM, por el cuadro confusional que pueden provocar, por el riesgo en pacientes con apnea del sueño con EPOC y es muy importante el aumento en la frecuencia de Caídas. Actualmente se pone énfasis en los Tratamientos no Farmacológicos, en los TNC ya que los fármacos inhibidores de la colinesterasa actúan retardando el deterioro en los periodos iniciales de la enfermedad.

COVID 19- Psicofármacos y Anticonvulsivantes (Had Hoc)

(Lopinavir/Ritonavir/HDQ Hidroxiclorquina)

Antidepressivos

	ATV	LPV/r ♥	RDV	FAVI	CLQ ♥	HCLQ ♥	RBV	TCZ	IFN-β
Agomelatine	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Amitriptyline	↔	↑	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Bupropion	↔	↓ 57%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Citalopram ♥	↑	↑♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔
Clomipramine	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Desipramine ♥	↔	↑ 5%♥	↔	↔	↑♥	↑♥	↔	↔	↔
Doxepin	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Duloxetine	↔	↑↓	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Escitalopram ♥	↑	↑♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔
Fluoxetine	↔	↑	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Fluvoxamine	↔	↑	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Imipramine ♥	↑	↑♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔
Lithium ♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔
Maprotiline ♥	↔	↑♥	↔	↔	↑♥	↑♥	↔	↔	↔
Mianserin ♥	↑	↑♥	↔	↔	↑♥	↑♥	↔	↔	↔
Milnacipran	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Mirtazapine ♥	↑	↑♥	↔	↔	↑♥	↑♥	↔	↔	↔
Nefazodone	↑↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Nortriptyline ♥	↔	↑♥	↔	↔	↑♥	↑♥	↔	↔	↔
Paroxetine	↑↓?	↑↓?	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Phenelzine	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Reboxetine	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Sertraline	↑	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
St John's wort	↓	↓	↓	↔	↓	↓	↔	↔	↔
Tranlycypromine	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Trazodone	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Trimipramine ♥	↔	↑♥	↔	↔	↑♥	↑♥	↔	↔	↔
Venlafaxine ♥	↑	↑♥	↔	↔	↑♥	↑♥	↔	↔	↔
Vortioxetine	↔	↑	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔

ANTICONVULSIVANTES

	ATV	LPV/r ♥	RDV	FAVI	CLQ ♥	HCLQ ♥	RBV	TCZ	IFN-β
Carbamazepine	↑↓	↑↓	↓	↔	↓	↓	↔	↓	↔
Clonazepam	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Eslicarbazepine	↓	↓	↓	↔	↓	↓	↔	↔	↔
Ethosuximide	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Gabapentin	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Lacosamide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Lamotrigine	↔	↓ 50%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Levetiracetam	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Oxcarbazepine	↓	↓	↓	↔	↓	↓	↔	↔	↔
Perampanel	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Phenobarbital (Phenobarbitone)	↓	↓	↓	↔	↓	↓	↔	↓	↔
Phenytoin	↓	↓	↓	↔	↓	↓	↔	↓	↔
Pregabalin	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Primidone	↓	↓↓	↓	↔	↓	↓	↔	↓	↔
Retigabine	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Rufinamide	↓	↓	↓	↔	↓	↓	↔	↔	↔
Sultiame	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Tiagabine	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Topiramate	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Valproate (Divalproex)	↔	↑ 38%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Vigabatrin	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Zonisamide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔

	LPV/R
FENTANILO	↑
MIDAZOLAM	↑
ROCURONIO	↑
PROPOFOL	↓ ♥
MORFINA	↓
HEPARINA	↔
FENITOINA	↓
NORADRELINA	↔
DOPAMINA	↔
HALOPIDOL	↑ ♥
NITROPRUSIATO	↔

AMIODARONA	↑ ♥
OMEPRAZOL	↔
CLARITROMICINA	↑ ♥
HIDROXICLOROQUINA	↑ ♥
<p>♥ Riesgo aumentado de prolongación de QT, con Hidroxicloroquina aumenta aún más. Monitoreo con ECG</p>	

Los pacientes con patología mental severa, podemos pensar que pueden ser pacientes de riesgo de contagio del Covid 19, ya que los que tienen enfermedades crónicas llegan a determinada edad con alta frecuencia de EPOC o distintos problemas respiratorios por alta tasa de Tabaquismo. Los cuadros expuestos están sujetos a cambios a medida que se va investigando y evaluando las respuestas clínicas.

Bibliografía

- APA. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Panamericana.
- APA. (2014). *Practice Guideline*.
- APA. (2016). *Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia..*

- Bloss EB, J. W. (2010). Interactive effects of stress and aging on Structural plasticity in the prefrontal cortex. *Journal of Neuroscience*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20463234>
- Declaración Política y Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. (2002). Madrid, España.
- FDA Warns Against Off-Label Use of Antipsychotic Drugs*. (s.f.). Obtenido de <http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/antipsychotics/default.htm>.
- Kabanchik, A. (s.f.). Entrevista e Historia Clínica.
- Kabanchik, A. (2009). Manejo Psicofarmacológico en la Vejez. *Rev. Psicofarmacología*, 26-32.
- Kabanchik, A. (2009). Manejo Psicofarmacológico en la Vejez. Estabilizadores del Ánimo. *Rev. Psicofarmacología*., (págs. 23-27).
- Kabanchik, A. (2009). Psicosis y Vejez. *Geriatría Clinica*, 3, 62-64.
- Kabanchik, A. (2009). Trastornos de Ansiedad en la Vejez .
- Kabanchik, A. (2013). *Tratado de Psicofarmacología y Neurociencia Vol VII Adultos mayores una población vulnerable*.
- Kabanchik, A. (2015). *Gerontopsiquiatría en Esquemas: Trastornos Depresivos*. Sciens.
- Kabanchik, A. (2018). *Gerontopsiquiatría en Esquemas. Deterioro cognitivo leve*. Sciens.
- Kabanchik, A. (s.f.). Benzodiacepinas en la Vejez. En A. Sanchez Toranza, & F. Hansen, *Trastorno por sustancias. Psicofármacos. Benzodiacepinas y drogas* (págs. 89-98). Sciens.
- Kabanchik, A. G. (2015). *Gerontopsiquiatría en Esquemas. Trastornos Ansiedad*. Sciens.
- Mario, S. (255-266). La ansiedad durante el envejecimiento. En *Temas de Psicogeriatría*.
- OMS. (1972). *Serie de informes técnicos N507*. Psicogeriatría.

- OMS. (1996). *Psychiatry of the elderly : a consensus statement*.
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence
- OMS. (2016-2017). *Campañas mundiales de salud pública de la OMS Mantener una actitud positiva y prevenir la depresión durante el envejecimiento*. Obtenido de <https://www.who.int/news-room/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/older-age/es>
- Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial de Psiquiatría. (1997). *PROGRAMA DE SALUD MENTAL*. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/media/en/395.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial De Psiquiatría. (1998). *FORMACIÓN EN PSIQUIATRIA GERIATRICA*. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/media/en/394.pdf?ua
- Pérez, S. (2004). *Guía práctica para la evaluación del riesgo de suicidio en la vejez*. Obtenido de Red latinoamericana de gerontología: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=253>
- RS, M. (1988). *A curriculum for education in geriatric psychiatry*.
- Schatzberg Alan F MD Cole.O.JonathanMD, D. C. (2010). *Manual Of Clinical Psychopharmacology Seventh*. American Psychiatric Publishing.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2010). *TRATADO DE NEUROPSICOGERIATRIA*. (P. G. Gregorio, Ed.) Ergon.
- Trastornos de Ansiedad . (s.f.). En S. D. Blazer DG, *Tratado de Psiquiatria Geriátrica* (págs. 333-346). American Psychiatric Publishing.

University of Liverpool. (s.f.). Obtenido de HIV Drug Interactions: <https://www.hiv-druginteractions.org/checker>

University of Liverpool. (s.f.). Obtenido de Covid-19 Drug Interactions: <http://www.covid19-druginteractions.org>

WHO/MNH. (1996). *Psiquiatría Geriátrica Declaración De Consenso.* Obtenido de https://www.who.int/mental_health/media/en/457.pdf

WHO/NHM. (s.f.). Consenso sobre Psiquiatría Geriátrica.

WHO/NHM. (s.f.). *Consenso sobre Psiquiatría Geriátrica.*